SuPP. 6047/B

Digitized by the Internet Archive
in 2016 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b28746818

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 11.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 15 *janvier* 1840,

Par Ch.-Cl. RIGAUX, de Montfaucon

(Meuse).

I. — Faire connaître les diverses affections ulcéreuses qui peuvent affecter les lèvres; établir leur diagnostic et leur traitement.

II. — Comparer les tailles périnéales et hypogastriques sous le rapport de leurs indications, de leurs avantages ou de leurs inconvénients.

III. — Des faits qui prouvent que des impressions sonores peuvent être transmises au nerf auditif autrement qu'à travers le tympan.

IV. — Déterminer si l'on peut reconnaître la présence d'un sel de morphine longtemps après l'inhumation d'un cadavre.

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX,

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

Rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 8.

1840

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	BRESCHET.
Physiologie	BÉRARD (aîné).
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et Chimie organique	DUMAS, Président.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL, Examinateur. .....
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. BOUILLAUD. CHOMEL. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET. SANSON (aîné). ROUX. VELPEAU.
Clinique d'accouchements	DUBOIS (PAUL).

Agrégés en exercice.

MM. BAUDRIMONT.	MM. LARREY.
BOUCHARDAT.	LEGROUX.
BUSSY.	LENOIR, Examinateur.
CAPITAINE.	MALGAIGNE.
CAZENAVE.	MÉNIÈRE.
CHASSAIGNAC.	MICHON, Examinateur.
DANYAU.	MONOD.
DUBOIS (FRÉD.).	ROBERT.
GOURAUD.	RUFZ.
GUILLOT.	SÉDILLOT.
HUGUIER.	VIDAL.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MA MÈRE.

A MON PÈRE.

A MON COUSIN BERNIER (SAINTE-MARTHE).

Hommage d'amitié et de reconnaissance.

C. C. RIGAUX.

QUESTIONS

SUR

DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

I.

Faire connaître les diverses affections ulcéreuses qui peuvent affecter les lèvres ; établir leur diagnostic et leur traitement.

Les affections ulcéreuses des lèvres sont extrêmement variables. Pour les traiter convenablement, j'ai cru devoir les diviser en : 1° ulcères simples ; 2° ulcères aphtheux ; 3° ulcères dartreux ; 4° ulcères chancreux ; 5° ulcères vénériens.

1° Les *ulcères simples* des lèvres sont ceux qui succèdent à une plaie, à une brûlure, etc. Ils peuvent être entretenus par l'atonie, par le scorbut, par la faiblesse générale du sujet. Les ulcères atoniques de ce genre sont faciles à reconnaître, à l'aspect livide de leurs bords, au décollement plus ou moins étendu que ceux-ci présentent, à la nature séreuse et grisâtre de leur suppuration, à l'aspect violacé, fongueux de leur surface, au peu de tendance qu'a la plaie qui leur a donné naissance à marcher vers la cicatrisation. Le traitement qui doit être employé alors consiste dans l'administration de préparations toniques ; la surface de l'ulcère doit être excitée par des applications excitantes, par des cautérisations bien ménagées. Quand la cicatrisation de la plaie est empêchée par un vice scorbutique, un traitement général doit précéder toute autre médication ; ensuite, si les

bords sont trop décollés, il faut détruire cette complication en excisant avec des ciseaux recourbés sur le plat et portés sur eux en dédolant. Si la débilité a été suffisamment combattue par le traitement général, l'ulcère se cicatrise promptement.

La cicatrisation d'une plaie ou d'une brûlure, etc., des lèvres, peut être empêchée par une inflammation excessive, et la solution de continuité constituer une véritable ulcération. Ces ulcères sont très-douloureux: le moindre contact y développe une sensibilité très-vive; leurs bords sont d'un rouge vif, jusqu'à une distance plus ou moins grande; leur surface est grise, saignante; les fongosités en sont plus élevées; la suppuration qu'ils fournissent est rare, ou très-abondante, séreuse, ou sanguinolente. Ordinairement ces ulcères guérissent avec une grande facilité; des antiphlogistiques locaux suffisent pour faire descendre l'inflammation à un degré convenable à la cicatrisation.

On peut encore rapporter aux ulcères simples des lèvres les gerçures, les excoriations, les fentes aux lèvres, qui se guérissent ordinairement, dans les sujets sains, par les onctions d'onguent rosat, de pommade de concombre, de cérat de Saturne.

2° *Ulcères aphtheux.* — Je désigne sous ce nom l'ensemble des ulcérations qui peuvent affecter la face postérieure des lèvres, et qui reconnaissent pour cause l'inflammation des divers éléments qui entrent dans la structure de la muqueuse labiale. Dans tous les cas, ces ulcères aphtheux sont le résultat d'une inflammation idiopathique ou symptomatique. Cette inflammation peut donner naissance à de petites élevures rouges, douloureuses, très-sensibles au moindre frottement; il se forme quelquefois une phlyctène à parois minces, et parfois translucides; une humeur visqueuse s'en échappe, et laisse à nu la muqueuse privée de son épithélium. Du reste, ces ulcérations n'ont guère plus de deux ou trois jours de durée; si elles persistent davantage, et causent des douleurs assez vives, elles ne réclament pas d'autres soins que des gargarismes adoucissants. L'inflammation peut aussi siéger dans les follicules muqueux: un groupe de boutons en forme de pus-

tules en annonce l'éruption, les pustules crèvent et l'ulcère s'établit; ou bien ces boutons sont isolés, souvent peu nombreux, et donnent lieu à de très-petites ulcérations. On les voit souvent apparaître chez des sujets arrivés au dernier degré de la diathèse cancéreuse. Il est important de distinguer cette maladie des chancres syphilitiques, dont elles offrent souvent l'aspect, et de quelques autres ulcérations entretenues par des causes locales. Un point rouge, rarement couvert de muguet, donne naissance à ces ulcères; ils s'agrandissent rapidement en surface, et cette surface est grise; les bords, coupés assez net, sont rouges et douloureux, mais ils offrent rarement les contours sinueux qui caractérisent fréquemment les chancres: jamais ils n'offrent autant de profondeur et de dureté, jamais ils ne font de progrès aussi considérables, et ne persistent avec la même opiniâtreté; si leur durée est longue, c'est ordinairement parce qu'il s'en forme de nouveaux après la disparition spontanée des premiers. Des soins de propreté, des antiphlogistiques, tels que lotions, fomentations ou bains de nature émolliente, des lotions acidulées, si elles durent depuis quelque temps; de légères cautérisations, l'alcoolat de cochléaria étendu d'eau, si elles sont tenaces, tel est le traitement qui convient en pareil cas.

La face postérieure des lèvres est fréquemment aussi le siége de petites tumeurs semi-transparentes, de la grosseur d'un grain de millet, que l'on confond généralement avec des aphthes, mais qui en diffèrent essentiellement. Ces tumeurs sont creuses, et contiennent dans leur intérieur une matière filante, consistante comme du blanc d'œuf, et très-analogue à celle qui se trouve dans certaines grenouillettes. M. Blandin croit qu'elles naissent dans certains follicules muqueux des lèvres, dont le goulot aurait été momentanément oblitéré. Cette maladie se développe souvent chez les individus les mieux portants, sous les autres rapports; elle est cependant plus commune chez les valétudinaires, et spécialement chez ceux qui ont le canal intestinal en mauvais état. Une vive douleur locale préside à la formation des petites tumeurs qui nous occupent; une auréole inflammatoire se développe ensuite autour d'elles. Quelquefois un pertuis s'établit sur le sommet de la tumeur;

une ulcération arrondie, à fond gris, à bords rouges et taillée à pic, lui succède; ulcération qui offre aussi de l'analogie avec les chancres syphilitiques; mais bientôt le fond de cette ulcération se déterge et la cicatrisation s'opère.

Des collutoires adoucissants d'abord, détersifs plus tard, la cautérisation superficielle des ulcérations, tels sont les moyens à l'aide desquels on peut modifier et guérir cette maladie.

Les ulcérations produites sur la face postérieure des joues par l'administration des mercuriaux présentent la plus grande analogie avec les ulcérations dont j'ai parlé en second lieu : leurs causes, la manière dont elles débutent, les autres phénomènes qui les accompagnent, les caractérisent assez. Le traitement qui convient alors est celui que réclame l'abus des mercuriaux : ce traitement devra être général et topique, ainsi des lotions astringentes en même temps que l'on andministre ou des purgatifs ou des diurétiques, etc.

3° Les *ulcères dartreux* des lèvres peuvent se manifester spontanément, ou bien succéder à des plaies simples dont l'état promettait une cicatrisation prompte et facile, mais qui sont devenues stationnaires, ont changé de nature, ont passé à l'état d'ulcère, et sont entourées d'une affection dartreuse bien caractéristique. Les causes qui peuvent produire ces phénomènes sont nombreuses : le virus vénérien, le vice scrofuleux se manifestent quelquefois sous cette forme. Les effets produits sur le tissu cutané des lèvres par ces ulcérations sont différents, suivant leur nature que les dermatologistes nous ont appris à connaître. Les ulcérations très-superficielles de l'*herpes labialis* commencent par une chaleur locale, puis de la cuisson et de la tension; elle développe, sur la lèvre supérieure surtout, des groupes de vésicules d'abord transparentes, mais qui deviennent troubles au bout de vingt-quatre heures. Dès le quatrième ou cinquième jour de l'éruption, il se forme des croûtes noirâtres par la dessiccation de la matière contenue dans les vésicules. Au-dessous, le derme peut être légèrement excorié, et forme une légère ulcération qui se recouvre d'une croûte

nouvelle, et finit par guérir. Ces ulcérations n'offrent aucun danger, exigent rarement d'autre traitement que celui des maladies qui ont provoqué le développement de l'herpès. Cependant, quand les vésicules sont nombreuses, confluentes, que la chaleur, la tuméfaction des lèvres, sont considérables, les lotions fraîches et émollientes procurent un soulagement que la légèreté du mal fait souvent négliger. Pour hâter la guérison des petites excoriations, on peut aussi les cautériser légèrement avec le nitrate d'argent. Le lupus peut envahir aussi les lèvres, surtout la supérieure, consécutivement à l'envahissement du nez par cette maladie. L'ulcération commence par un petit tubercule extérieur, d'un rouge obscur, dur, indolent, et dont la marche est ordinairement lente. Une croûte mince la ferme; on l'arrache, et elle est remplacée par une plus épaisse. Une ulcération est au-dessous d'elle; cette ulcération fait des progrès, de nouvelles croûtes se détachent, se remplacent, les parties molles se détruisent. Ce n'est que consécutivement à la destruction du nez par le lupus que les lèvres sont prises par le lupus; quelquefois il débute par des tubercules, qui se développent à l'une ou l'autre commissure. Des incrustations épaisses recouvrent ces ulcérations, le malade ne peut ouvrir la bouche qu'avec difficulté; ou bien les ulcérations, après avoir détruit une grande partie des commissures, envahissent une portion plus ou moins étendue des lèvres. Pour ces sortes d'affections, il est un traitement général et un traitement local. Comme le lupus attaque souvent des individus mous ou évidemment scrofuleux, il faut leur prescrire des médicaments qui puissent modifier cette constitution. Le traitement local se trouve pris dans les divers caustiques: l'huile animale de Dippel, le nitrate d'argent, la potasse, le beurre d'antimoine, le nitrate acide de mercure, le cautère actuel et les pâtes arsenicales.

D'autres fois, il survient dans un espace variable de la peau des lèvres de petits boutons d'où suinte une matière ichoreuse âcre, qui se dessèche par le contact de l'air, et forme des croûtes. Ces boutons, groupés et plus ou moins serrés, sont entourés d'une aréole inflammatoire,

qui se confond en s'étendant avec les boutons voisins; les croûtes de chaque petite pustule, en s'accroissant, se confondent pareillement entre elles, en sorte que la totalité de la surface affectée est couverte d'une teinte inflammatoire continue, et d'une croûte plus ou moins épaisse et pareillement continue (*ecthyma sycosis*). Le traitement ici doit être aussi et général et local : général, quand ces ulcérations tiennent à un vice des organes digestifs par exemple, à une diathèse scrofuleuse; le traitement local consiste dans l'application de corps gras, relâchants, de bains émollients, les émissions sanguines quand il y a beaucoup d'inflammation, et si l'état du sujet le permet. On peut employer aussi le soufre sublimé incorporé à de l'axonge, des préparations de plomb, l'eau de chaux, l'eau phagédénique, le muriate de mercure, l'oxyde de cuivre, à titre d'excitants, des cautérisations avec le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, etc.

4° Les *ulcères chancreux* des lèvres, à cause de leur plus grande gravité, sont les plus intéressants à connaître. Les hommes adultes ou sur le retour de l'âge en sont plus souvent atteints que les femmes et les enfants; la lèvre inférieure y est infiniment plus exposée que la supérieure. Le début de la maladie, ainsi que ses caractères anatomiques, présentent des différences importantes à noter :

A. Chez quelques sujets, une élévation dermoïde, à peine appréciable, dense, avec ou sans coloration particulière, ordinairement congénitale, sert d'origine au cancer de la lèvre. Cette élevure, quelquefois le siége d'un prurit incommode qui porte le malade à écorcher sa surface, se gerce superficiellement, et laisse suinter un liquide visqueux, concrescible, qui se dessèche aisément, et constitue une croûte dense et adhérente; les démangeaisons se renouvellent, la croûte est laissée intacte, ou bien est arrachée pour faire place à une nouvelle. La maladie peut rester stationnaire, ou du moins ne faire que des progrès très-lents, et la croûte, sans tomber entièrement, recevoir à sa base de nouvelles couches, tandis que son sommet s'élève par gradation; ces concrétions sont alors dures, grisâtres, allongées, quelquefois

contournées d'une manière bizarre; leur base, toujours plus large que leur sommet, finit par se détacher, et cet ulcère est mis à nu. La surface de l'ulcère est unie, peu vasculeuse, donne peu de pus, et se trouve recouverte par une couche grise, pultacée, qui se détache, et se renouvelle incessamment. Cette variété d'ulcération cancéreuse est ordinairement indolente; elle reste souvent stationnaire pendant plusieurs années, ou ne fait que des progrès assez lents.

B. La plupart des ulcérations cancéreuses qui naissent à la surface des lèvres, près de leur bord libre, débutent par un bouton rouge, dur, à base large, à sommet élevé, et qui est le siége d'un prurit continuel et brûlant. Le sommet de ce bouton ne tarde pas à être entamé par le malade, et la croûte qui s'y forme étant arrachée, laisse voir une érosion à bords élevés, à fond grisâtre, sanguinolent ou fongueux, qui ne tarde pas à faire des progrès. Cette variété d'ulcérations se complique très-facilement de la tuméfaction des ganglions du voisinage, et fait, en général, des progrès plus rapides que ceux de la variété croûteuse. La base squirrheuse sur laquelle elle repose est aussi plus prononcée.

C. Aux lèvres, comme partout ailleurs, certains ulcères deviennent cancéreux : ainsi beaucoup de cancers des commissures reconnaissent une gerçure pour origine; soumis à des frottements continuels, irrités par des applications intempestives et souvent répétées de stimulants énergiques, ces ulcères finissent par reposer sur une base squirrheuse, dure, épaisse, et par présenter un fond grisâtre et baveux, à surface facile à faire saigner.

Le traitement unique à employer toutes les fois que la nature de ces espèces d'ulcères est reconnue, est d'enlever l'ulcère avec son noyau cancéreux. On a pour cela deux moyens, la cautérisation et l'instrument tranchant : celui-ci est seul employé quand un des points de la lèvre est attaqué; on comprend le tout dans une incision en V. Si plusieurs points ulcérés occupent le bord libre, on les comprend tous dans une incision qui enlèverait le bord libre, en se ménageant deux lambeaux, l'un aux dépens de la face antérieure, l'autre aux dépens de

la face postérieure, et qu'on réunit au moyen de quelques points de suture. Cette opération, que j'ai vu exécuter à M. Velpeau, a produit le plus beau résultat, à ce point qu'à peine il y avait difformité même aussitôt après l'opération. Les caustiques doivent être employés quand l'ulcération est peu profonde, mais très-étendue, et qu'elle intéresse des parties inaccessibles à l'instrument tranchant.

5° Les *ulcères syphilitiques* peuvent être pris d'emblée, ou bien succéder à une affection ancienne; ils constituent un des symptômes les plus communs de la maladie vénérienne. Ce n'est pas ordinairement sur les lèvres qu'ils apparaissent, plus rarement encore comme symptôme secondaire. L'action de boire dans un vase dont vient de se servir un individu affecté de la syphilis, des baisers lascifs, l'application des doigts salis par la matière qui s'écoule de l'urèthre ou du vagin dans les blennorrhagies, telles sont les causes qui produisent le plus ordinairement les chancres syphilitiques primitifs des lèvres. Le fait des ulcères vénériens consécutifs survenant aux lèvres ou ailleurs est un de ceux qui établissent le mieux que la syphilis est le produit d'introduction d'un agent délétère dans l'organisation, et c'est une question, pour moi, de savoir si ces phénomènes secondaires peuvent développer les symptômes syphilitiques chez un individu sain.

Les caractères communs des ulcères syphilitiques ne sont pas tout à fait tranchés comme le pensent quelques personnes; des ulcères qui dépendent d'une cause différente ont souvent avec eux la plus grande analogie, tels sont certains ulcères aphtheux, dont j'ai parlé précédemment. Cependant en général les ulcères syphilitiques sont ronds; leurs bords sont durs, violacés, élevés, et taillés à pic; ils varient beaucoup sous le rapport de leurs dimensions : il en est de très-petits; d'autres, au contraire, acquièrent promptement une très-grande surface; les uns paraissent stationnaires; les autres font des progrès incessants; quelques-uns déterminent autour d'eux une vive inflammation; leur suppuration est sanieuse et peu abondante. Avec cette description, on conçoit qu'on puisse encore rester dans le doute, d'autant plus que

les lèvres ne sont pas les endroits où se manifestent ordinairement les ulcères syphilitiques : il peut régner une obscurité désespérante, surtout dans les cas où les malades ont intérêt à farder la vérité. Pour dissiper les doutes, on a conseillé, depuis longtemps, de couvrir la solution de continuité avec de l'onguent napolitain : si l'ulcère est amélioré, nul doute, a-t-on dit, qu'il ne soit syphilitique, le mercure *étant la pierre de touche* de tout ce qui appartient à la vérole. Un autre genre d'exploration un peu plus sérieux, et auquel M. Ricord attache beaucoup d'importance, consiste à inoculer la sanie qui s'écoule de la surface de l'ulcère sur un point du corps un peu éloigné de celui-là : si un chancre apparaît dans le lieu où la sanie a été appliquée, la maladie est, dit-on, vénérienne. On ne doit pas attacher une grande importance à cette manière de fonder son diagnostic pour deux raisons : la première, parce qu'il n'est pas sans danger d'inoculer ainsi un principe qui peut produire des ulcères excessivement rebelles, comme M. Blandin en a vu un cas à la Pitié, ensuite, parce que jusqu'ici on n'a pu reproduire que les ulcères primitifs.

Traitement. — Le traitement doit être et local et général : les antiphlogistiques quand les ulcères sont accompagnés d'accidents inflammatoires, des médicaments spéciaux pour combattre le caractère spécial de la maladie. Il semblerait que les ulcères primitifs pussent être combattus avec efficacité par une action topique sur le lieu ulcéré; cette méthode effectivement a été conçue et essayée par M. Rattier, mais elle n'a pas répondu à l'attente des praticiens. Il faudra donc, dans la plupart des cas, et dans tous, lorsqu'on voudra être prudent, faire suivre en même temps un traitement général; ce dernier devra être surtout suivi dans les ulcères vénériens des lèvres qui sont survenues comme symptômes secondaires.

II.

Comparer les tailles périnéale et hypogastrique sous le rapport de leurs indications, de leurs avantages ou de leurs inconvénients.

La taille périnéale remonte jusqu'au temps d'Hippocrate; tous les procédés des anciens pour extraire les calculs doivent lui être rapportés.

La taille hypogastrique ne remonte pas au delà de Franco (1560), à qui elle appartient incontestablement; toutefois, il en parle de manière à faire croire que d'autres médecins l'avaient également indiquée de son temps.

Depuis sa naissance jusqu'à nous, la première n'a cessé de subir des modifications dans son exécution, de façon à compter presque autant de manières d'être exécutée que nous comptons de maîtres en chirurgie. Il y a une taille à méthode latérale avec six procédés (petit appareil ou procédé d'Antylus; procédé de F. Jacques, de Raw, de Cheselden, de Foubert, de Thomas). Il y a une taille médiane (grand appareil; à ce, les procédés de Mariano, de Maréchal et Méry, de Vacca, de Guérin de Bordeaux. Nous avons une taille oblique avec plus de dix procédés; une taille transversale (bilatérale oblique) que l'on fait remonter jusqu'à Celse : à ce, quatre procédés, parmi lesquels le célèbre procédé de Dupuytren. Enfin, une taille quadrilatérale due à M. Vidal de Cassis. Le haut appareil n'a point offert d'aussi nombreuses méthodes, et les procédés qui lui appartiennent peuvent être considérés comme des nuances les uns des autres. M. Velpeau les rattache à trois principaux modes : dans le premier cas, on opère sans introduction préalable de conducteur; le contraire a lieu dans le second cas, et le troisième diffère en ce qu'on pratique une ouverture accessoire au-dessous du pubis. Dans le premier, on compte les procédés de Douglas, de Rousset, Cheselden, Morand, Ledran, M. Baudens, M. Canchou; dans le second, le procédé de F. Côme, avec les modi-

fications apportées par M. Leroy d'Etiolles; le troisième mode est dû principalement à F. Côme, et n'a pas été exécuté d'une manière différente jusqu'à présent.

Pourquoi tant de méthodes et de procédés dans l'un, et si peu dans l'autre? Le parce que ressortira évidemment : 1° du parallèle établi entre les éléments anatomiques intéressés dans les deux tailles; 2° de la difficulté de l'opération comparée dans les deux cas; 3° de l'examen des accidents primitifs et consécutifs dans chacun d'eux.

§ I. *Au périné* : de la peau, une couche sous-cutanée, lamelleuse, prolongement du *fascia superficialis*, favorablement disposé aux infiltrations urineuses, purulentes et autres, formant sur les côtés des filaments nombreux avec beaucoup de cellules adipeuses, beaucoup de graisse à cellules molles, rougeâtres, fournissant matière aux abcès phlegmoneux du pourtour de l'anus. Ces abcès sont souvent le résultat des tailles latéralisées, transversale, latérale, et toutes leurs modifications, de telle sorte que les produits morbides d'un côté peuvent, à la rigueur, se porter de l'autre; il peut aussi s'y former des tumeurs, soit graisseuses, soit de toute autre nature, qui offrent ici des particularités telles, qu'elles ajouteraient de grandes difficultés à la taille sous-pubienne, si même elles ne la rendaient impossible (J.-J. Elsholt, Belmas). Des aponévroses, en grand nombre, formant des culs-de-sac, des angles, des replis renfermant du tissu cellulaire, dont les phlegmons peuvent n'avoir d'autres limites que celles des cavités elles-mêmes, et dont la curation est souvent très-difficile à obtenir, puisque ces excavations remplies de tissu cellulaire peuvent n'être plus que de larges cavernes, dont les parois ne peuvent se rapprocher à cause de leur peu de mobilité, surtout quand l'inflammation a envahi ce que M. Velpeau appelle l'*excavation ischio-rectale*, inflammation si commune après la taille latérale par les procédés de Ledran, de Foubert, de Thomas, et même dans les tailles médianes, d'après les procédés de Guérin, de Vacca. Beaucoup de petits muscles, dont il est important de connaître la position pour se diriger dans l'opération, et

les usages, pour ne pas exposer le malade en les coupant; des artères nombreuses et assez considérables, parmi lesquelles je mentionnerai l'artère honteuse interne que l'on peut blesser, comme cela est arrivé à Desault et à M. Physick, et dont la ligature est hérissée d'obstacles. L'hémorrhoïdale inférieure, dont le volume est assez considérable pour faire craindre une hémorrhagie, dans le cas où elle serait attaquée, ce qui arrive quand on se rapproche du rectum ou que l'on prolonge son incision trop en arrière, dans les méthodes latérale, latéralisée ou bilatérale, quand cette artère naît beaucoup plus en avant, très-près du muscle transverse. L'artère superficielle du périnée, qui peut être assez rapprochée de la ligne médiane pour qu'on ne puisse pas être sûr de la ménager dans la lithotomie; c'est elle qui donne, le plus souvent, lieu aux hémorrhagies abondantes dans ces sortes d'opération; heureusement qu'étant toujours renfermée dans la couche superficielle ou sous-cutanée, on peut presque constamment la saisir sans difficulté. Une quatrième artère, la transverse du périnée, tantôt donnée par la précédente, le plus souvent par la honteuse interne, est presque constamment atteinte, malgré toutes les règles données pour ne pas la blesser; heureusement que son calibre n'est pas assez considérable pour que l'écoulement ne puisse se suspendre spontanément. Des veines nombreuses, quelquefois très-grosses, formant presque un plexus dans la région périnéale, autour de la prostate, quelquefois assez riche, dans ce dernier cas, pour que la simple incision de cette glande donne lieu à une hémorrhagie assez abondante; leurs dilatations fréquentes, quoi qu'en dise M. Trayeran, embarrassent, en général, beaucoup de chirurgiens, dans le plus grand nombre des opérations qui se pratiquent sur le périnée. La position des vésicules séminales des canaux éjaculateurs en haut et un peu en arrière, celle du bulbe de l'urèthre en avant, du rectum en arrière, forment autant d'obstacles aux opérations dans la région périnéale.

Dans la région hypogastrique, de la peau, des aponévroses, des branches artérielles, des rameaux nerveux insignifiants, des muscles,

voilà tout ce qu'on divise pour arriver dans la cavité abdominale. Il ne s'agit plus que d'atteindre la vessie : la facilité avec laquelle on y parvient varie suivant l'âge et la constitution du sujet. C'est dans l'enfance qu'elle affecte des dispositions favorables à la taille sus-pubienne; la vessie plus allongée, plus rapprochée de l'ombilic, moins enfoncée dans le bassin, se continuant d'une manière plus évidente avec l'ouraque, jouissant d'une extensibilité extrême, au point de faire saillir l'hypogastre, quand elle est distendue par l'urine, semble réclamer les manœuvres par-dessus le pubis. Chez le vieillard, même chez l'adulte, il n'en est plus ainsi : la précaution de distendre la vessie afin de la faire saillir au-dessus du pubis, de manière à pouvoir l'ouvrir sans danger, devient parfois impossible, comme cela arrive si souvent chez les vieillards, et chez nombre de calculeux, où le réservoir urinaire est contracté et rétréci de façon à être enfoncé dans le bassin ; souvent aussi ses parois sont tellement épaissies, l'organe a depuis si longtemps perdu l'habitude de se dilater, qu'il devient impossible de le distendre; de plus, il est si facile de repousser, soit avec le doigt, soit avec l'instrument, la paroi antérieure de la vessie fixée au pubis ou aux parois abdominales, auxquelles elle ne tient que par un tissu cellulaire lâche et abondant.

Nous n'avons dans cette région aucun rameau vasculaire qui mérite d'être mentionné: quelques branches des artères génitales externes et tégumenteuses de l'abdomen parcourent seules, de dehors en dedans, cette région, et viennent se terminer sur la ligne médiane. Le péritoine est chose extrêmement importante à considérer dans la taille hypogastrique, puisqu'on a avancé, peut-être avec quelque exagération, que sa blessure était excessivement dangereuse, selon les uns, et toujours mortelle, selon les autres. Le péritoine, en partant de l'ombilic, plonge dans l'excavation du bassin, recouvre le sommet, les régions latérales et postérieure de la vessie, et se comporte d'une manière un peu différente, suivant l'état de plénitude ou de vacuité de cet organe. Quand celui-ci est resserré sur lui-même,

le péritoine descend jusque derrière la symphyse; quand il est dilaté et s'élève dans l'abdomen, le péritoine refoulé fuit devant lui, et la vessie vient répondre immédiatement à la paroi antérieure de l'abdomen, circonstance qui la rend accessible aux moyens chirurgicaux, sans s'exposer à la lésion du péritoine. Contre le bord supérieur des pubis et de leurs symphyses, existe, entre le péritoine et la portion antérieure de l'abdomen, un tissu cellulaire lâche et fragile, ordinairement chargé d'une sérosité rougeâtre, et qui, lorsqu'on a ouvert la partie la plus inférieure de la ligne blanche, se présente quelquefois à travers les lèvres de l'incision, comme le ferait un flocon épiploïque.

Conclusions. — 1° La taille hypogastrique est d'une exécution moins difficile que la taille périnéale; 2° la première permet une ouverture beaucoup plus considérable que la seconde, par conséquent, dans les cas de pierres trop grosses pour sortir aisément par le périnée, il faut préférer la taille hypogastrique; 3° l'âge, l'état du réservoir urinaire, doivent être pris en considération pour la méthode à employer.

§ II. *Parallèle des accidents qui peuvent survenir soit primitivement, soit consécutivement dans les tailles périnéales et hypogastriques.* — Les opérations de taille peuvent donner lieu à deux ordres d'accidents: les uns, qui résultent immédiatement des manœuvres opératoires; les autres qui n'éclatent qu'au bout d'un temps plus ou moins long, après l'extraction du corps étranger.

Accidents primitifs de la taille périnéale. — 1° La douleur, compagne nécessaire de toutes les opérations chirurgicales, résulte ici de l'incision et de la distension du canal de la plaie par les tenettes et le calcul qu'elles ramènent de l'intérieur de la vessie. Si la sensibilité des parties intéressées dans les deux tailles est la même, ce dont je doute fort, la facilité avec laquelle on extrait les calculs volumineux dans l'une, comparée à la difficulté que l'on éprouve pour cela dans l'autre, me permet de conclure que, toutes choses égales d'ailleurs, la taille

hypogastrique est beaucoup moins douloureuse que la taille périnéale.

2° L'hémorrhagie est l'accident primitif le plus redoutable : proportionnée au volume des vaisseaux, elle est moins fréquente quand elle intéresse la ligne médiane ; elle n'a presque jamais lieu dans la taille hypogastrique. Chez l'homme, la lithotomie est particulièrement compliquée d'hémorrhagie, parce que, chez lui, les parties que l'on intéresse pour arriver au col de la vessie sont beaucoup plus nombreuses et pourvues de vaisseaux infiniment plus développés. Nous distinguerons l'hémorrhagie en veineuse et en artérielle.

La section du bulbe de l'urèthre, section qu'il est presque impossible d'éviter, que l'on n'évite même jamais chez les adultes et chez les vieillards, dans les tailles latéralisées ou bilatérales en particulier, est une des sources les plus ordinaires de l'hémorrhagie veineuse qui complique parfois ces opérations, hémorrhagie dont heureusement il n'est pas difficile de borner le progrès, et qui souvent s'arrête d'elle même. Une autre espèce d'hémorrhagie veineuse qui n'appartient qu'aux tailles périnéales résulte de la section du plexus veineux qui entoure le col de la vessie, plexus dont les branches anastomosées un grand nombre de fois ensemble, adhérentes à des lames fournies par l'aponévrose supérieure du périnée, ont une disposition érectile bien prononcée. Cette hémorrhagie, plus abondante que la précédente, parce qu'elle émane de vaisseaux plus développés, est par conséquent d'autant plus grave dans ses résultats.

Il est difficile de l'arrêter, non-seulement pour les raisons précédentes, mais encore à cause de la profondeur des parties qui la fournissent. Souvent elle a réduit à la nécessité de tamponner la plaie, circonstance grave elle-même, en raison de l'irritation qu'elle ne manque pas de produire sur ces parties. L'hémorrhagie veineuse du col de la vessie est rarement abondante chez la femme ; il n'existe, du reste, aucun moyen de l'éviter dans les tailles médianes antérieures, latérales, bilatérales ou obliques. Chez l'homme, l'hémorrhagie dont il est question dépend de ce que le débridement du col de la vessie a été porté au delà des limites de la prostate, en dehors de laquelle

sont placées les branches veineuses indiquées; or, pour l'éviter, on doit s'attacher à bien suivre le précepte de M. Senn, de Genève, sur lequel il a si justement insisté : *aller jusque vers la limite de la prostate, mais ne la dépasser jamais.* On conçoit combien il y a d'avantage sous ce rapport, dans la taille bilatérale de Dupuytren, et la taille quadrilatérale de M. Vidal de Cassis. Il importe de remarquer, comme l'établit M. Blandin, que cette hémorrhagie est étrangère à la taille médiane postérieure, car les veines du col de la vessie occupent exclusivement les régions supérieures et latérales de cet organe, par conséquent le procédé de M. Lisfranc ne garantit pas de cet accident, puisque ce chirurgien, dans son procédé, conseille de terminer l'incision à la partie supérieure du col de la vessie.

La lithotomie ne dispose pas, d'ailleurs, à l'hémorrhagie également à tous les âges : les enfants y sont moins exposés que les adultes, et ceux-ci moins que les vieillards, parce que le bulbe et les veines du col de la vessie sont développés en raison directe de l'âge.

L'hémorrhagie primitive des artères dans la lithotomie n'a presque aucune importance dans la lithotomie sus-pubienne; mais il n'en est pas de même pour les diverses opérations des tailles périnéales. La matière de cette hémorrhagie peut être fournie par l'artère superficielle du périnée, par la transverse, par la honteuse interne.

La blessure des branches que l'artère superficielle du périnée envoie vers la ligne médiane, et, chose ordinaire dans la lithotomie périnéale, jamais elle ne donne lieu à une hémorrhagie sérieuse; l'artère superficielle elle-même a été quelquefois intéressée, soit qu'elle se trouvât accidentellement plus rapprochée de la ligne médiane que de coutume, soit que l'on eût trop latéralisé l'incision extérieure ou celle du col de la vessie. Au reste, on doit peu s'inquiéter de cette hémorrhagie; on peut toujours, comme le faisait Dupuytren, ou bien saisir et lier les vaisseaux qui fournissent l'hémorrhagie, ou bien les toucher avec un bouton de feu.

L'hémorrhagie qui résulte de la lésion de l'artère transverse du périnée est plus rare et plus grave que la précédente. Placé à quatorze

lignes environ de l'anus, le tronc de ce vaisseau ne peut être ouvert dans les tailles latéralisées et bilatérales que si elles étaient faites contre tous préceptes ordinaires, et si ce vaisseau présentait une variété de position. La lésion ne peut avoir lieu dans la taille médiane postérieure. Je ne parle pas de la taille de Foubert et de Thomas, dans laquelle l'artère transverse est constamment intéressée : c'est une hémorrhagie qu'il faut toujours arrêter. Le tamponnement ou la ligature pratiquée au moyen d'une aiguille à manche ou d'une aiguille simple que l'on passe derrière l'artère et sur laquelle on serre celle-ci au moyen d'un point de suture entortillé, seront les moyens les plus propres, selon M. Blandin, à arrêter l'hémorrhagie qui nous occupe. La blessure de l'artère honteuse interne est un accident que l'on a peut-être de la peine à concevoir : il peut arriver même entre les mains de chirurgiens habiles. Une autre espèce d'hémorrhagie qui accompagne nécessairement certaines lithotomies est celle qui suit l'extraction des pierres adhérentes à la muqueuse par des fongosités reçues dans des anfractuosités de la surface extérieure du calcul.

Diverses variétés dans la manière d'être des artères du périnée peuvent exposer les malades à des hémorrhagies anormales. On a trouvé chez certains sujets l'artère vésico-prostatique très-volumineuse. Quelquefois l'artère dorsale de la verge naît de la sous-pubienne et pourrait être blessée dans certaines lithotomies médianes antérieures chez l'homme ; mais, dans le premier cas, l'hémorrhagie n'arriverait que si, contre toutes les règles de l'art, on allait au delà de la prostate, et dans le second, si on adoptait une variété de taille qui n'a plus cours dans la pratique. Le sang, dans ces différentes hémorrhagies, peut se porter au dehors ou dans la vessie, ou s'infiltrer dans le tissu cellulaire.

3° On peut inciser le rectum, sans le vouloir, dans la taille périnéale, ou quand la prostate offre sa partie la plus volumineuse au-dessus du col de la vessie, disposition inverse de celle de l'état normal (Senn), ou quand le périnée est beaucoup déformé, comme dans les luxations consécutives du fémur (Dupuytren), ou dans le cas de déviation

du rectum à gauche du col de la vessie (Deschamps). Cette blessure peut avoir lieu dans le premier temps de l'opération, avant que le bistouri ait entamé le col de la vessie : alors la plaie se trouve au-dessous de la prostate, ou bien la blessure a lieu en retirant le lithotome, ce qui arrive le plus communément ; ou bien la perforation peut n'avoir pas été complète, mais la paroi du rectum, déjà très-amincie par l'instrument tranchant, se contond, se mortifie pendant l'extraction de la pierre, et la chute de l'eschare complète l'accident. Lorsque la blessure du rectum est grande et éloignée de l'anus, il en résulte une fistule au périnée tout à la fois stercorale et urinaire, presque toujours incurable, ou bien la plaie extérieure se cicatrise et il reste intérieurement une communication entre l'urèthre ou le col de la vessie et le rectum. On peut blesser les vésicules séminales, l'extrémité du canal déférent, des uretères, des conduits éjaculateurs ; on peut intéresser l'aponévrose périnéale supérieure, accident peu grave par lui-même, mais qui rend presque infaillible l'infiltration urineuse sous-périnéale et la mort.

4° L'infiltration urineuse est aussi très à craindre ; elle peut avoir lieu dans deux points : 1° dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, autour de la vessie ; 2° dans l'épaisseur même du périnée : je n'ai pas besoin de parler des inflammations presque constamment mortelles qui en résultent ; 3° les bourses peuvent aussi être ecchymosées lorsque la lithotomie a été laborieuse, ou lorsqu'elles sont très-flasques et qu'elles glissent vers le périnée.

Accidents consécutifs de la taille périnéale. — L'hémorrhagie peut survenir du cinquième au dixième jour, ou plus tôt, ou plus tard ; elle est d'autant plus dangereuse qu'elle est alors plus difficile à arrêter.

5° L'inflammation des veines du col de la vessie est d'autant plus facile que les veines du périnée sont nombreuses, très-grosses, semi-érectiles, et logées pour la plupart dans des canaux fibreux qui leur sont fournis par l'aponévrose de cette région ; elles restent béantes

dans le fond de la plaie, très-disposées de la sorte à subir les influences irritantes du contact de l'air et de l'urine, qui sont nécessairement en rapport avec elles (M. Blandin).

6° La péritonite complique aussi quelquefois l'opération de la taille, mais elle offre ceci de particulier qu'elle reste le plus souvent limitée à l'excavation du bassin et à la partie de cette cavité qui est occupée par la vessie.

7° Des fistules peuvent succéder aux lithotomies les mieux faites; elles peuvent être simples ou compliquées de lésions doubles du rectum et de la vessie.

8° L'impuissance et l'incontinence d'urine n'appartiennent évidemment qu'aux tailles périnées; il en est de même de l'engorgement des testicules.

Accidents qui accompagnent la taille hypogastrique. — 1° L'hémorrhagie, contre laquelle on a pris tant de précautions dans la taille périnéale et dont la taille hypogastrique semblerait devoir mettre à l'abri, a cependant été observée plusieurs fois à la suite de cette dernière : Pic, Morand, F. Côme, en rapportent des exemples. La source est encore un objet de recherches. Seraient-ce des veines ou des artères sous-cutanées plus développées que de coutume, ou des anomalies artérielles dans l'épaisseur de la ligne blanche, ou dans le *fascia propria*, ou des exhalations sanguines à la surface interne de la vessie, ou la déchirure de quelques fongosités contenues dans sa cavité, qui lui donneraient naissance ?

2° La blessure du péritoine peut être placée à la tête des accidents primitifs dans la taille hypogastrique. Elle a été regardée par presque tous les auteurs comme étant très-redoutable, et par quelques-uns comme devant être presque constamment mortelle; aussi a-t-elle été la source de presque toutes les déclamations contre cette méthode. On ne peut nier qu'on n'y ait mis beaucoup d'exagération, et il n'est pas sans exemple d'avoir vu des malades opérés de cette manière guérir avec une lésion du péritoine; et sur vingt-sept observations d'in-

dividus morts à la suite de la lithotomie sus-pubienne pratiquée par M. Souberbielle, observations renfermées dans l'ouvrage de M. Belmas, trois seulement présentent des exemples de péritonite, tandis que sur quinze individus morts de la lithotomie périnéale, et dont M. Blandin a fait lui-même l'examen anatomique, neuf étaient affectés de cette complication. Il y a des cas où la blessure du péritoine est elle-même un complément presque nécessaire de la taille périnéale: c'est lorsque le cul-de-sac formé par le péritoine, qui s'est réfléchi de la face postérieure et inférieure de la vessie, se prolonge beaucoup sous le bas-fond de celle-ci, et Bronfield, ayant incisé complétement la prostate dans une opération de taille périnéale, blessa, sans aucun doute, le péritoine, puisqu'une portion d'intestin se présenta à la plaie. Du reste, M. Belmas cherche à nous rassurer, en faisant valoir la bonté de son procédé, qui doit nous éloigner beaucoup de ces craintes. Ce chirurgien nous avertit que, quand la vessie monte au-dessus des pubis, le repli du péritoine s'arrête à la partie antérieure de l'organe, et l'on a beau dilater, il ne se relève plus proportionnellement au développement du réservoir urinaire, dont le sommet passe derrière, de manière que ce repli forme une bride sur la face antérieure. Le défaut de cette remarque, ajoute-t-il, a fait que, en incisant largement, on ouvrait le péritoine, tranquille en raison de la quantité d'eau qu'on avait injectée.

3° Ce n'est pas seulement par elle-même que l'ouverture du péritoine est à craindre, c'est bien plutôt en permettant à l'urine de tomber dans la grande cavité séreuse de l'abdomen. Or, il est facile de concevoir quels doivent en être les résultats. Cet épanchement, dit M. Belmas, n'est pas aussi à craindre qu'on l'a dit jusqu'à ce jour. A la suite de la lésion du péritoine, le point élevé où il est blessé est déjà un obstacle à l'épanchement d'urine; de plus, l'intestin ou l'épiploon qui s'applique contre l'ouverture s'oppose dans le premier moment à l'entrée du liquide, et bientôt l'épanchement de matière albumineuse présente une barrière insurmontable à toute espèce d'infiltration, de telle sorte que, suivant M. Belmas, l'épanchement d'urine serait un

accident fort rare et d'autant plus rare, que la taille hypogastrique aurait été pratiquée plus méthodiquement.

4° Un des accidents qu'on ait le plus à redouter est la formation d'abcès au pourtour de la vessie : les uns dépendent d'une infiltration d'urine plus ou moins considérable entre la vessie et ses tissus environnants ; les autres sont le résultat pur et simple de l'inflammation du tissu cellulaire pelvien. Les premiers surviennent, comme on le conçoit, quand l'opération a été accompagnée de déchirements, de décollements, et l'on sait combien sont dangereuses les infiltrations d'urine qui surviennent alors. Suivant M. Belmas, ces infiltrations d'urine dans le tissu cellulaire pelvien déchiré accidentellement ne se font pas aussi facilement qu'on le croit généralement, parce que l'urine, loin de s'infiltrer davantage, trouve plus de facilité à sortir par la plaie de l'hypogastre. Quand il n'y a pas eu de décollement, on observe rarement de ces infiltrations.

Les abcès de la seconde espèce dépendent presque toujours de la manière dont l'opération a été faite, comme lorsque l'indicateur porté dans le fond de la plaie repousse facilement la vessie au lieu d'entrer dans la cavité : alors il se forme entre le pubis et la vessie une large poche, qui devient presque nécessairement l'occasion d'une violente phlegmasie ou d'une suppuration abondante. Lorsque le gonflement inflammatoire des bords de la plaie et du tissu cellulaire environnant dépasse le degré nécessaire pour l'établissement de la suppuration, il constitue un véritable accident, mais qui, du reste, a moins de gravité que quand le même accident a lieu dans la plaie de la taille périnéale.

Conclusions du parallèle. — 1° Dans la taille périnéale, les accidents tant primitifs que consécutifs sont plus nombreux et moins graves ; plusieurs d'entre eux peuvent être évités avec de bonnes connaissances anatomiques et un bon procédé opératoire habilement exécuté ; 2° dans la taille hypogastrique, accidents moins nombreux, mais beaucoup plus graves, quelques-uns même presque nécessairement mortels ;

3° plusieurs des accidents primitifs de la taille périnéale peuvent être conjurés : telles sont la plupart des hémorrhagies ; 4° s'il est vrai que les infiltrations urineuses et la lésion du péritoine soient beaucoup moins fréquentes, suivant M. Belmas, que ne l'ont prétendu beaucoup d'auteurs, on ne peut refuser à la taille hypogastrique une prédominance incontestable dans un grand nombre de circonstances ; 5° les pertes de sang auxquelles expose presque nécessairement la taille périnéale ne seraient-elles pas une contre-indication de cette méthode chez les sujets profondément anémiés, les autres circonstances étant les mêmes d'ailleurs ?

§ III. — Dans ce troisième paragraphe, j'aurais à établir le parallèle des procédés opératoires dans les deux tailles, rechercher d'abord quel est le procédé le plus avantageux pour faire la taille hypogastrique ou la taille périnéale. J'aurais bien des autorités à invoquer pour faire valoir tel ou tel procédé et, à la fin, je resterais encore dans une incertitude dont je ne pourrais me tirer faute d'expérience, ce grand juge en questions médicales, et dont les solutions sont si souvent opposées à celles que donne le raisonnement. Je me contenterai de dire que presque tous les auteurs conviennent que la taille hypogastrique est d'une exécution beaucoup plus facile que la taille périnéale ; les dispositions anatomiques : le nombre des procédés et des méthodes dans l'une et dans l'autre nous l'indiquent assez.

De tout ce qui précède, on peut conclure avec raison que la taille hypogastrique a des avantages incontestables ; et pourtant, si on remonte de notre époque jusqu'aux temps où on a commencé à tailler, on voit que presque partout la taille hypogastrique n'a été employée que comme méthode exceptionnelle. Quelle en est la raison ? Pour que la taille hypogastrique puisse être exécutée avec tous les avantages qui la caractérisent, il faut deux choses presque indispensables : 1° que la vessie ait un assez grand volume pour que, distendue, elle fasse saillie au-dessus du pubis ; 2° il faut que le réservoir urinaire puisse être lui-même distendu. La première condition se rencontre presque

exclusivement dans l'enfance: or, l'enfance, selon M. Magendie. ne fournit pas autant de calculeux que la vieillesse, et, à plus forte raison, pas autant que tous les autres âges réunis; voilà donc une condition qui ne se trouve plus dans un très-grand nombre de calculeux, et qui, par cela même, contre-indique presque la taille hypogastrique. Il faut de plus, disons-nous, que la vessie puisse être distendue: chez un grand nombre de calculeux, elle a malheureusement perdu cette faculté. En effet, chez les vieillards surtout, et chez beaucoup d'adultes qui ont la pierre, le réservoir urinaire est contracté et rétréci, de façon qu'il se trouve enfoncé dans le bassin; souvent aussi, ses parois sont tellement épaissies, l'organe a depuis si longtemps perdu l'habitude de se dilater, qu'il est impossible de le distendre. Voilà la seule manière de rendre compte de la fréquence de l'emploi de l'une des grandes méthodes et de la rareté de l'autre. La difficulté de rencontrer les deux conditions dont nous parlons assure à la taille périnéale un règne encore bien long, malgré toutes les perfections que l'on pourra apporter à la taille hypogastrique.

De quelques cas qui réclament plus spécialement l'emploi de 'une ou l'autre méthode. — Les branches du pubis peuvent être tellement rapprochées qu'il n'existe pas entre elles plus de cinq ou six lignes d'intervalle: M. Joffrion a vu un cas de ce genre, M. Thierry a vu une tumeur osseuse remplir l'espace périnéal; la taille périnéale devient alors impossible.

La présence de stéatômes a fait rejeter la taille sous-pubienne à M. Belmas; elle trouve aussi un obstacle dans l'état d'embonpoint du sujet, mais il ne l'exclut pas; la fréquence des fongosités dans la vessie offre toujours des obstacles à l'extraction de la pierre. Tout le monde sait que la présence d'une tumeur fongueuse ou autre au col de la vessie peut apporter de grandes difficultés dans la taille latérale, soit pour les incisions, soit pour l'extraction du calcul: or, dans la taille hypogastrique, dit M. Belmas, l'incision de la vessie n'en est nullement gênée, et l'extraction de la pierre n'en subit presque aucune in-

fluence désavantageuse, puisque le doigt indicateur peut reconnaître la tumeur, la détourner, dégager même les calculs cachés par elle, sans qu'aucun arrachement puisse avoir lieu indépendamment de la volonté de l'opérateur; dans le cas même où l'on voudrait agir sur le fongus, tout l'avantage resterait à la taille sus-pubienne. Le bas appareil éprouve une influence fâcheuse de la position du calcul derrière le col ou à la partie supérieure de la vessie dans une poche particulière ou maintenue fixe par des brides, difficultés que lève le haut appareil, mais qui ne sont pas assez grandes pour contre-indiquer la taille périnéale.

Deschamps posait en principe qu'une pierre qui n'aurait pas plus de deux pouces de diamètre, y compris les mors de la tenette, pourrait être extraite par le périnée. M. Textor établit comme règle générale, que les pierres de plus de quinze à seize lignes de diamètre sont, en raison de leur volume, rarement extraites avec succès. Enfin, B. Bell, s'occupant de la proportion entre les succès et les revers, s'est assuré que, quand la pierre est volumineuse et excède le poids de sept onces, il survit à peine un malade sur dix. C'est une vérité pratique incontestable; mais il est des procédés périnéaux, ceux de Dupuytren, de Vidal de Cassis, qui permettent l'extraction de pierres assez volumineuses pour que ce ne soit que très-exceptionnellement que l'on ait recours à la taille hypogastrique pour les seules dimensions de la pierre. Dans le cas de tumeurs herniaires irréductibles, la taille sus-pubienne ne pourrait être mise en pratique, parce que, non-seulement on aurait à craindre de blesser le péritoine, dont la position serait changée, mais encore parce qu'on s'exposerait à inciser la vessie d'une manière peu favorable à l'extraction de la pierre. La hernie inguinale, à elle seule, ne contre-indiquerait pas la taille hypogastrique; peut-être, dans ce cas, faudrait-il inciser un peu en dehors, dans le muscle droit du côté opposé.

III.

Des faits qui prouvent que des impressions sonores peuvent être transmises au nerf auditif autrement qu'à travers le tympan.

L'homme attentif à écouter l'orateur qui le captive aspire, pour ainsi dire, ses paroles, et les recueille la bouche béante, comme si l'oreille ne lui suffisait pas. Ce mouvement naturel et involontaire, qui n'a pas échappé au poëte, a donné lieu à l'opinion presque vulgaire que l'on entendait par la bouche; les anatomistes et les physiologistes ont pensé pendant fort longtemps que c'était par la trompe d'Eustache que les sons étaient perçus; mais rien de ce qui a été dit à ce sujet n'est concluant. Il faut admettre, dans la manière dont les sons viennent frapper le nerf auditif, une transmission vitale, et une transmission physique. La première consiste dans la manière dont les sons parviennent au nerf auditif en traversant les diverses parties constituantes de l'oreille proprement dite; la seconde nous explique la manière dont les sons nous parviennent sans traverser l'organe de l'ouïe : cette transmission se fait par les parties solides du crâne, et semble être en raison inverse de la transmission vitale, car elle devient principale chez les animaux où l'organe de l'ouïe est peu développé. Les cheveux, les parties molles qui environnent les os du crâne, diminuent beaucoup l'intensité des sons ainsi transmis, et chez quelques animaux, cette transmission à travers le crâne est favorisée par le peu de poils qui recouvre leur tête, et par certaines parties osseuses que leur extrême dureté rend meilleurs conducteurs.

Les parties de la tête par lesquelles on semble entendre le mieux sont les postérieures : ainsi les battements d'une montre qu'on place au-dessus ou au-dessous de la protubérance occipitale externe sont extrêmement sensibles; il en est de même si on la place entre les arcades dentaires; la transmission se fait alors par la base du crâne. Une

expérience que tout le monde connaît et qui contredit l'opinion de ceux qui pensent que les sons dans la bouche se transmettaient à travers la trompe d'Eustache, consiste à placer une montre sur la langue sans toucher les arcades dentaires, rien alors n'est perçu. C'est encore par les arcades dentaires que le son est le plus distinct, puis viennent les parties du crâne, les moins revêtues de parties molles ou de poils, telles que le front, les apophyses mastoïdes, la protubérance occipitale externe. Il est donc bien constaté que les ondes sonores ne peuvent impressionner le nerf auditif que par deux moyens, par les parties constituantes de l'ouïe, et par les parties solides qui lui sont unies, et qu'ainsi l'individu qui écoute attentivement n'ouvre la bouche que parce que sa volonté captivée n'exerce plus son influence sur les muscles releveurs de la mâchoire inférieure.

IV.

Déterminer si l'on peut reconnaître la présence d'un sel de morphine longtemps après l'inhumation d'un cadavre.

Reconnaître un sel de morphine au moment même de l'empoisonnement, au milieu des matières recueillies dans le tube digestif, est déjà chose extrêmement difficile; à plus forte raison longtemps après l'inhumation. Je pourrais même dire que la question est insoluble en matière d'empoisonnement par deux raisons : 1° parce que ces sels sont ordinairement employés en très-petites quantités; 2° parce qu'ils ne peuvent se trouver au milieu d'éléments de décomposition sans subir eux-mêmes une influence qui les rend méconnaissables aux experts les plus habiles. M. Devergie lui-même trouve que les ressources pour constater la présence d'empoisonnement par les principes de l'opium ont été évalués beaucoup trop par les chimistes et les médecins légistes, lors de la publication des procédés pour reconnaître la mor-

phine. Cette opinion est, du reste, celle du professeur Buchner, qui a reconnu que l'analyse chimique propre à constater l'existence de l'opium est souvent inutile, même dans le cas où il existe une grande quantité de cette substance. On conçoit avec quelle réserve l'expert doit se prononcer sur une question hérissée de tant de difficultés, difficultés beaucoup plus nombreuses encore quand beaucoup de temps s'est écoulé depuis l'ingestion du poison.